



San Juan Unified School District Authorization for Medication Administration

Відповідно до розділу 49423 Кодексу Про Освіту, якщо учневі необхідно приймати ліки під час навчального дня, (за рецептом або без, в тому числі аспірин, ліки від застуди, тощо.), то він / вона може отримати допомогу від шкільної медсестри або іншого призначеного співробітника, якщо округ має письмовий дозвіл від лікаря учня і батьків / опікунів, що дозволяє надання допомоги з видачею препарату. За винятком деяких самоврядних препаратів ("адреналіновий авто-інжектор", "інгалятор" або "інсулін") призначених для особистого використання, учням можна займатися самолікуванням або мати ліки з або без рецепта на території округу.

Якщо немає інших вказівок в індивідуальному плані або у доповненнях Плану 504, заповнення цього дозволу та дотримання зобов'язань з боку батьків / опікуна і учня, повинні виконуватися згідно з вказівками у Розділі 49423. Крім того, відповідно до розділу 49480 Кодексу Про Освіту, співробітник округу має право звернутися до лікаря із запитанням або занепокоєнням щодо проблеми або безпеки належного зберігання, надання або введення ліків і повідомити про рішення іншим вчителям і співробітникам, які працюють із учням протягом навчального дня.

Інформація про учня

Навчальний рік: _____

Ім'я учня: _____

Рік народження: _____ Номер учня/ ID: _____

Школа: _____ Клас: _____

Дозвіл батьків/опікунів: Я дозволяю:

_____ Співробітник округу може допомогти моїй дитині з адміністрацією ліків, спостереженням і тестуванням відповідно до інструкцій лікаря і затвердженням нижче.

_____ Моя дитина може носити і самостійно приймати __ адреналіновий авто-інжектор, __ інгалятор для астми, або __ інсулін відповідно до інструкцій лікаря і затвердженням нижче.

Я буду надавати ліки, приписані лікарем в оригінальній упаковці, з ім'ям учня, прізвищем лікаря, назвою ліків, і дози. Медикаменти без рецепта знаходяться в оригінальній упаковці. Я заберу ліки які залишилися в останній день навчального року.

Я розумію, що розділ 49407 Кодексу Про Освіту визначає: "Незважаючи на положення будь-якого закону, жоден шкільний округ, адміністратор, лікар або лікарня, що провели лікування будь-якій дитині з будь-якої школи і округу не несе відповідальності за відповідне лікування дитини, без згоди одного з батьків або опікунів, коли дитина хвора або поранена під час регулярних шкільних занять, вимагає своєчасного лікування, і батьки / опікуни поза доступу, якщо батько або опікун не подали в округ письмове заперечення будь-якого лікування, крім швидкої допомоги." На підставі дозволу в розділі 49407 згідно із законодавством штату Каліфорнія, я розумію, що я відмовляюся від будь-якого потенційного позову проти округу, його посадових осіб і співробітників щодо їх допомоги відповідно з цим дозволом.

Нова форма для дозволу повинна бути поновлена (1), коли змінюються ліки або дози, або (2) на початку нового навчального року. Я також можу відкликати цей дозвіл у письмовій формі, в будь-який час.

Дата: _____

Ім'я батьків/опікунів друком: _____

Підпис: _____

Адреса: _____

Контакт на неперед. випадок: _____ Дом. телефон: _____

Emergency телефон: _____ Мобіл. телефон: _____

Physician Authorization (To be completed only by a California physician issuing the prescription(s))

Patient/Student Name: _____ **DOB:** _____

Date of Last Medical Evaluation: _____

Name of Medication:	Dosage/Method of Admin./Time of Day:	Discontinue:
#1: _____	_____	_____
#2: _____	_____	_____
#3: _____	_____	_____
#4: _____	_____	_____

Special Instructions/Storage/Administration Procedures/Precautions: _____

#1: _____

#2: _____

#3: _____

#4: _____

_____ I authorize designated school district personnel to assist my patient with medication administration, monitoring, and testing according with these Instructions.

_____ I authorize my patient to carry and self-administer ___ an auto-injector epinephrine pen, ___ an asthma inhaler, or ___insulin according to instructions I have provided to my patient.

Print Name of Physician

Physician's Signature

Physician Telephone Number

Physician Facsimile Number

CA Medical License Number

NPI# _____

ORP ___ Yes ___ No

Date _____